Unificado o sistema de saúde

ENCARTE ESPECIAL 2

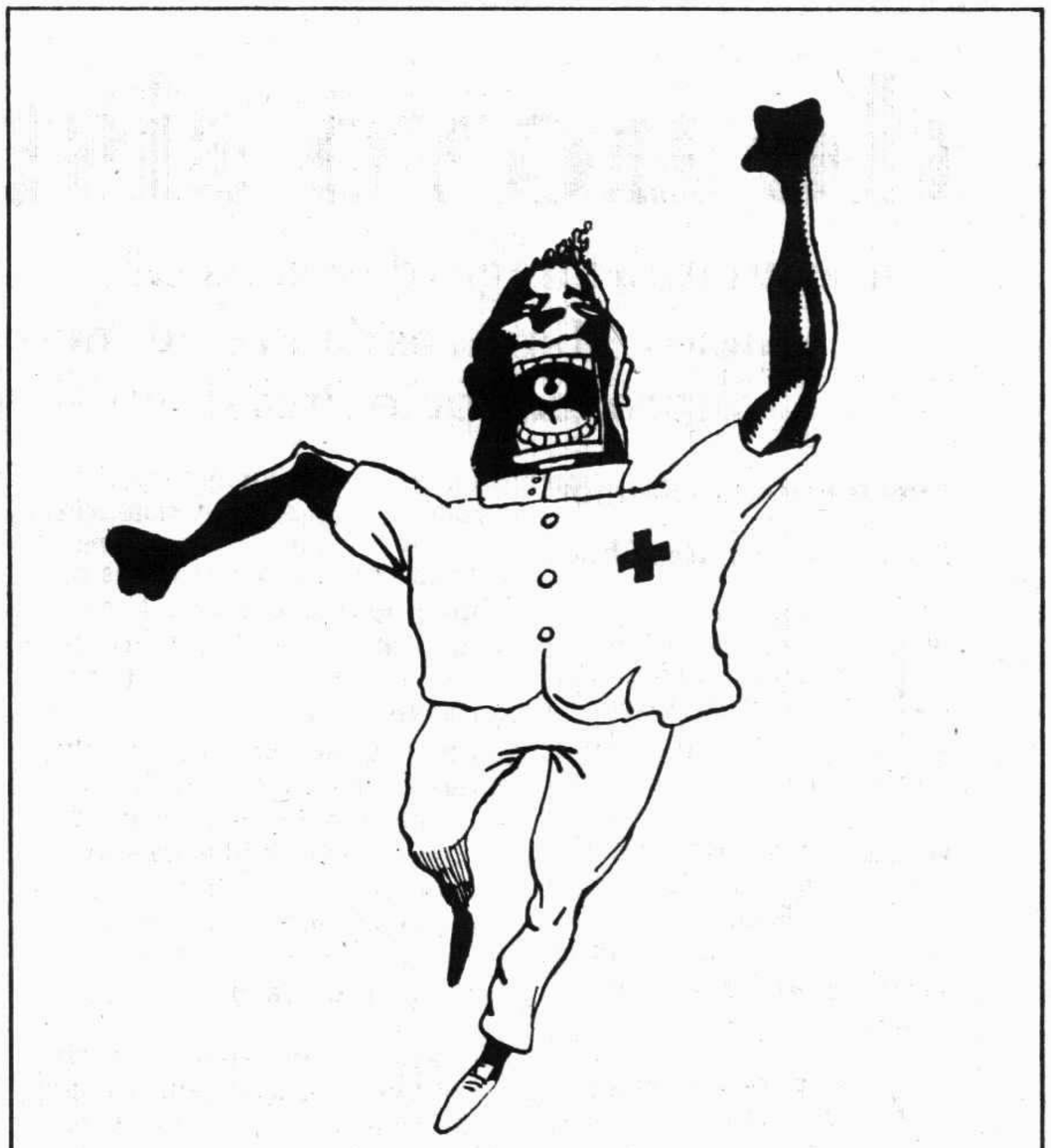
Reforma Sanitária começa a se viabilizar

A criação dos SUDS — Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados — através do Decreto aprovado pelo Presidente da República acatando proposta dos Ministérios da Previdência e da Saúde representa um enorme avanço no processo de Reforma Sanitária brasileiro, desencadeando, pela base, a reformulação do atual Sistema Nacional de Saúde.

O estabelecimento das bases de uma política comum, de curto prazo, envolvendo os dois Ministérios e que ao mesmo tempo seja coerente com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária procure implementar medidas factíveis e viáveis para o aprofundamento das experiências de integração em curso nos Estados é uma estratégia política maior relevância.

A transformação das AIS num movimento de reorganização setorial, resgatando a experiência com elas já acumulada, como instrumento de racionalização, constitui hoje um marco político indiscutível e fundamental.

A seguir, publicamos a íntegra do projeto de decreto aprovado pelo Presidente da República e a exposição de motivos assinada pelos dois Ministros.



A ÍNTEGRA DO DECRETO

Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987.

Dispõe sobre a criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) e dá outras providências.

"O PRESIDENTE DA REPÚBLICA", no uso da atribuição que lhe confere o art. 81, item III, da Constituição e tendo em vista o disposto no art. 10, do Decreto-lei 200, de 25 de fevereiro de 1967,

DECRETA:

Art. 1º – Fica criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde (AIS) e que será implantado e executado observadas as diretrizes, aprovadas pelo Presidente da República, na Exposição de Motivos nº 31, de 10 de julho de 1987.

Art. 2º – Os Ministros de Estados da Saúde e da Previdência e Assistência Social baixarão as instruções necessárias para a execução do disposto neste Decreto, nas suas respectivas áreas de competência. Os atos que versarem sobre matéria de atribuição de ambos os Ministérios serão expedidos por instrução conjunta.

Art. 3º – Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º – Revogam-se as disposições em contrário.

José Sarney

A criação dos SUDS Sistemas

Na exposição de motivos, a consolidação do novo sistema

E a seguinte a íntegra da exposição de motivos assinada pelos Ministros da Previdência e da Saúde e aprovada pelo Presidente da República.

Excelentíssimo Senhor Presidente da República.

TEMOS a honra de submeter à elevada consideração de Vossa Excelência esta Exposição de Motivos que estabelece diretrizes para que, através da criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados, se consolide e desenvolvam qualitativamente as Ações Integradas de Saúde (AIS).

2 A Reforma Sanitária propugna a reformulação do atual Sistema Nacional de Saúde através da institucionalização de um Sistema Unificado de Saúde.

3 Há de se reconhecer que tal processo de mudança, além de demorado, tem seu foro próprio e legítimo que é o Congresso. Mesmo porque a consolidação da Reforma Sanitária se dará por intermédio de novos postulados constitucionais que reconheçam a saúde como direito de cidadania e como dever do Estado e estabeleçam as diretrizes gerais que, num segundo momento, levarão à reformulação da Lei do Sistema Nacional de Saúde e à adequação de toda a legislação ordinária dela derivada.

4 Entretanto, dados os compromissos públicos da Nova República de resgate da dívida social, entendem os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social que é necessário estabelecer as bases de uma política comum, de curto prazo, que seja coerente com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária e que procure implementar medidas factíveis e viáveis que expressem os elementos de consenso já obtidos na sociedade brasileira e aprofundem as experiências de integração alcançadas nas Ações Integradas de Saúde.

Resulta, daí, uma imprescindível vontade política de consolidação das Ações Integradas de Saúde como o elemento tático mais significativo, neste momento, dentro da estratégia da reforma.

5 As – AIS – constituem, hoje um marco político indiscutível, além de terem atingido uma amplitude considerável, cobrindo 2.500 municípios e 90% da população brasileira. Apesar disso, elas devem ser reconceituali zadas numa outra perspectiva qualitativa que transcenda sua proposta como instrumento de racionalização ou de transferência e integração de recursos, mediante convênios entre instituições públicas.

6 As Ações Integradas de Saúde devem passar a significar um movimento de reorganização setorial, no sentido da Reforma Sanitária que permita caminhar, gradativamente, para a superação da atual organização sanitária, centralizada e desordenada, em busca de novas formas de organização descentralizada, integrada e democratizada, com uma gestão colegiada, que atinja todas as instituições, direta ou indiretamente, relacionadas com o setor público, com todos os seus recursos e com todas as suas atividades, no sentido de darem respostas às necessidades da população, definidas na Política Nacional de Saúde, segundo critérios epidemiológico–sociais.

7 Em conseqüência, essa reconcepção teórica e operativa das AIS deverá induzir a uma unificação com descentralização, o que conduzirá à recolocação de um novo entendimento da Federação, fundado na cooperação e na integração e não na competição, na dispersão e na compartimentação das responsabilidades. Pretende-se que as AIS expressem, nos seus conteúdos, essa visão de uma federação solidarista e de complementariedade.

8 Para isso, propõe-se

I. Redefinição

Uma clara redefinição das atribuições dos três níveis federativos, dentro dos princípios de solidariedade e de complementariedade e da necessária redistribuição regional da renda no país, o que exigirá uma precisa delimitação dos papéis da União, paralelamente a um processo de estadualização e, através deste, de municipalização das ações de saúde.

Dessa forma competirá:

I.I – À União

● Gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Nacional de Saúde, em nível nacional;

● Elaboração do Plano Nacional de Saúde;

● Execução direta de serviços, de pesquisa e de cooperação técnica, de abrangência nacional;

● Regulamentação das relações entre o setor público e privado na prestação de serviços de saúde;

● Normatização nacional de assistência integral à saúde, da vigilância epidemiológica, da vigilância nutricional e alimentar, da vigilância sanitária, do controle das condições de trabalho, do saneamento, do meio ambiente, da informação em saúde, da pesquisa e desenvolvimento tecnológico e da produção, distribuição e controle de insumos críticos;

● Garantia da redistribuição espacial dos recursos do Sistema Nacional de Saúde;

● Implementação dos Planos Nacionais de Recursos Humanos, de Informação em Saúde, de Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde e de Produção e Distribuição de Insumos Críticos (equipamentos, medicamentos, imunobiológicos, sangue e hermoderivados).

I.II – Aos Estados

● Gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Estadual de Saúde;

● Adaptação das normas e diretrizes federais ao Sistema Estadual de Saúde;

● Execução direta de serviços de saúde de abrangência estadual ou micro-regional;

● Participação na gestão e controle de convênios com entidades públicas e privadas;

● Elaboração e coordenação do Plano Estadual de Saúde;

● Implementação dos Planos Estaduais de Recursos Humanos, informação em saúde, desenvolvimento científico e tecnológico e de produção e distribuição de insumos críticos.

I.III – Aos Municípios

● Gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Municipal de Saúde;

● Execução direta dos serviços de saúde de abragência municipal, especialmente os de atenção básica, de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde ocupacional e de controle de endemias;

● Participação na gestão e controle de convênios com entidades públicas e privadas;

● Elaboração e coordenação do Plano Municipal de Saúde;

● Imprementação dos Planos Municipais de recursos humanos, informação e saúde e de distribuição de insumos críticos.

9 Dessa forma, o Ministério da Saúde será o órgão técnico-normativo das ações de saúde e da proposição da política nacional de saúde. Permanecerão subordinadas ao Ministério aquelas instituições altamente especializadas, de referência nacional, e voltadas à pesquisa.

É óbvio, que será necessário repensar as funções da CEME, SUCAM, INAM, FSESP, Fundação das Pioneiras Sociais e Fundação Oswaldo Cruz, de acordo com as diretrizes de descentralização.

10 O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS sofrerá uma redução em sua estrutura, de maneira a adaptá-lo às funções específicas de planejamento, orçamentação e acompanhamento.

Para tanto, a Direção Geral será transferida do Rio de Janeiro para Brasília, reduzindo-se, drasticamente, o atual quadro de pessoal. Em nível estadual, as Superintendências Regionais, progressivamente e na medida em que se complete o processo de transferência de unidades, recursos humanos e financeiros, atribuições de gestão direta e convênios e contratos, serão reestruturadas, para atender às funções de planejamento, orçamentação e acompanhamento.

11 Os recursos oriundos da contribuição previdenciária (FPAS) destinados à assistência médico-hospitalar, odontológica e farmacêutica, permanecerão administrados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social e aplicados segundo o orçamento unificado. O INAMPS será o órgão do MPAS responsável por: participar do planejamento e orçamentação integrados em níveis federal, estadual e municipal, visando à definição dos recursos plurianuais do FPAS a serem destinados aos orçamentos, de saúde nos três níveis; acompanhar a execução físico-financeira dos planos de saúde, com vistas à adequada utilização dos recursos do FPAS; participar da elaboração de normas técnicas, administrativas e jurídicas, a serem aprovadas pela CIPLAN e implementadas pelos gestores do Sistema Nacional de Saúde.

12 O pessoal, atualmente vinculado à administração federal, permanecerá enquadrado nos planos de carreira e remunerados pelo Governo Federal, garantindo-se todos os direitos e as vantagens. A admissão de pessoal novo, à exceção daquele necessário ao desempenho das funções típicas do nível federal, passará a se dar pelos governos estaduais ou municipais, mediante concurso público. Será implantado, progressivamente, o tempo integral e a dedicação exclusiva dos profissionais de saúde, a partir da reunião dos vínculos com os serviços públicos em uma única instituição e em um único local. Buscar-se-á o estabelecimento de um patamar isonômico de remuneração, variando-se os níveis superiores em função das disponibilidades orçamentárias estaduais e municipais, do local de trabalho, espaço social, etc.

13 Haverá de se dar ênfase ao treinamento gerencial, tanto nas atividades meios de planejamento e coordenação quanto para o desempenho terminal na administração direta dos serviços, nos seus vários níveis de complexidade.

14 O processo de programação orçamentação integrado deverá ser aperfeiçoado no sentido de conter o conjunto de recursos das instituições, de se constituir no instrumento básico de gestão colegiada, de ser um elemento de compatibilização entre necessidades expressas epidemiologicamente e os recursos disponíveis para satisfazê-las e, finalmente, ter como seu objeto programático o distrito sanitário para, a partir daí, ir-se consolidando em planos municipais e/ou micro-regionais, estaduais e nacionail.

15 Reforço das instâncias colegiadas das AIS:

● Na área federal da CIPLAN, que deverá criar mecanismos de articulação com a área econômica e ir integrando, organicamente, as funções de planejamento das diversas instituições federais.

O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS – teria uma função, além da participação orgânica do seu presidente, de con-

ENCARTE ESPECIAL 2

selho consultivo, ao qual seria submetido os assuntos mais importantes antes da deliberação.

À CIPLAN caberia coordenar a formulação do Plano Nacional de Saúde e do orçamento unificado de saúde, consolidando os orçamentos federais, estaduais e municipais e acompanhando suas execuções.

● Na área estadual, as Comissões Interinstitucionais de Saúde, ampliando-se sua representatividade e dando à elas o papel de coordenar sua execução.

● Nas áreas micro–regionais ou municipais, as Comissões Regionais de Saúde ou Comissões Municipais de Saúde, responsáveis pela coordenação da formulação dos planos regionais ou municipais de Saúde e pelo acompanhamento de suas execuções.

16 Os recursos federais destinados à atenção à saúde serão integrados em orçamento comum, segundo mecanismos que assegurem unidade de planejamento e complementariedade entre as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. A execução será descentralizada, cabendo aos Estados e Municípios, mediante convênio, o papel de gestores dos respectivos sistemas estaduais e municipais de saúde, conforme o grau de complexidade dos serviços e as peculiaridades locais.

17 Deverão ser gradualmente incluídos na sistemática do planejamento único e orçamento unificado, as ações e os recursos pertinentes aos órgãos e orçamentos estaduais e municipais.

18 O aperfeiçoamento da programação-orçamentação integradas permitirá que se modifiquem as atuais relações entre organismos públicos de pagamento por produção por mecanismos de orçamentos integrados.

19 Uma grande prioridade deve ser dada à inserção das instituições filantrópicas nas redes integradas de serviços de saúde, o que é possível a partir da adesão ao novo convênio padrão. Esse conjunto de medidas vai permitir que se redirecione e se aprofunde o processo das Ações Integradas de Saúde.

Há de se ter cuidado para que essas mudanças, mais uma vez, não se esterilizem num mecanismo de mera reformulação administrativa. Para tal, tem-se que ter claro que objetivo fundamental da Reforma Sanitária é a prestação de serviços de Saúde que influenciem, positivamente, os níveis sanitários de nossa população. Por isso, mais do que uma reforma administrativa, vai-se buscar uma reforma assistencial que modifique a natureza e a qualidade dos serviços de saúde, tornando-os mais eficazes, eficientes e igualitários. O que remete, necessariamente, à questão essencial da reformulação e implantação de modelos assistenciais.

A pluralização se justifica pelo fato de que, num país continental como o Brasil, não se poderá pensar num modelo assistencial único, mas, ao contrário, nos diferentes modos organizacionais, referidos por uma concepção nacional global, porém adaptados às respectivas realidades regionais.

Torna-se urgente trabalhar, aproveitando-se os espaços jurídicos, políticos e institucionais da transição democrática no sentido da construção, de baixo para cima, de modelos assistenciais que incorporem, gradativamente, os princípios da Reforma Sanitária.

20 O objetivo principal desses modelos assistenciais passa a ser a criação de uma identidade recíproca entre os serviços e a população, onde haja uma mútua transparência, resgatando-se as pessoas como sujeitos dos serviços a ela oferecidos, e não como simples objetos. De tal forma, que a população reconheça nos serviços os "seus" serviços e, os serviços,na população, a "sua" população, criando-se, assim uma identificação que de um lado permitirá a abordagem epidemiológica e de outro, o controle social dos serviços.

Daí colocar-se, como a base da organização espacial e funcional do novo sistema, o distrito sanitário, entendido como o módulo, determinado geograficamente, de composição institucional plural e em algum grau de autonomia decisória, onde se desenvolverão o conjunto de ações básicas de saúde coerentes com um determinado espaço população.

21 A organização distrital será norteada pelos seguintes pressupostos:

● que sejam coerentes com as particularidades geopolíticas e sanitárias de determinada área;

● que sejam compostas de um conjunto de unidades ordenadas, segundo graus de complexidade, dados pela tecnologia que utilizam e pela natureza dos procedimentos médico-sanitários que executem, compatíveis com as necessidades da população sob sua responsabilidade;

● que guardem, entre si, uma relação de complementariedade técnica e funcional, através dos mecanismos eficazes de referência e contra–referência;

● que haja uma definição clara de responsabilidade de uma autoridade sanitária quanto à administração da questão saúde em relação a uma determinada população, localizada em certa área geográfica.

22 A implantação dos distritos sanitários não significa a prescrição de um modelo rígido de organização de serviços. Ao contrário, parte da definição de um conjunto de princípios gerais, definidos pela Reforma Sanitária – integralidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços, territorialidade, descentralização das ações de saúde, continuidade da atenção, interinstitucionalidade, intersetorialidade e controle social dos sistemas que deverão ser adaptados às peculiaridades de um determinado espaço–população.

23 A União deverá destinar recursos orçamentários e extra-orçamentários prioritariamente aos projetos inseridos nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, inclusive com relação aos de programas sociais como o FAS, o FINSOCIAL e o FINAME.

24 A criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) está sendo proposta à Vossa Excelência, através de Projeto de Decreto.

25 Tais idéias, já maduramente refletidas, estão a exigir uma firme decisão política de implementá-las, sendo essa a disposição dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, traduzida neste trabalho.

Pelo exposto, submetemos à elevada consideração de Vossa Excelência, para apreciação e aprovação, o programa consubstanciado nesta Exposição de Motivos e que define uma política de atuação e estabelece as diretrizes básicas que serão seguidas para que se consolide e desenvolvam as Ações Integradas de Saúde (AIS).

Renovamos a Vossa Excelência os nossos protestos da mais alta estima e profundo respeito.

ROBERTO SANTOS
Ministro da Saúde

RAPHAEL DE ALMEIDA MAGALHÃES
Ministro da Previdência Social

ESTA PUBLICAÇÃO CONTA COM A COLABORAÇÃO DO INAMPS